



**PIEDMONT**  
FAMILY • PRACTICE



**PIEDMONT**  
URGENT CARE

540-347-4400

540-347-5200

493 Blackwell Rd Ste. 202, Warrenton, VA 20186

## HIPAA Revisión de autorización de liberación

IMPRIMA EL NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

¿Dónde podemos dejar un mensaje, si lo hay?

**Vamos a utilizar los números enumerados en el archivo, por favor verifique con la recepcionista los números son correctos.**

Marque la casilla correspondiente (es)

Cualquier comentario aplicable:

Casa

\_\_\_\_\_

El teléfono del día

\_\_\_\_\_

teléfono celular

\_\_\_\_\_

Alternativo

\_\_\_\_\_

Enumere cualquier persona con la que podamos hablar con respecto a su atención:

Si es menor de 18 años, por favor enumere e indique los padres o tutores:

(VACIO IMPLICA A NADIE)

Nombre:

Relación:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si es necesario, por favor nombre las personas autorizadas para llevar al paciente a las citas y su relación con el paciente:

(VACIO IMPLICA A NADIE)

Nombre:

Relación:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o guardián

\_\_\_\_\_  
La Fecha